

## Síndrome de Ulises dermatológico

### *Dermatological Ulises' Syndrome*

Dr. Eduardo David Poletti

Consejero de la Academia Nacional de Medicina para CONAMED/COESAMED  
Expresidente de la Sociedad Mexicana de Cirugía Dermatológica y Oncológica A.C.

*“No hay consejo más leal que aquél que se da desde una nave en peligro”*

LEONARDO DA VINCI

En la auditoría normal que realizamos al final de la jornada clínica existe un peculiar momento donde verificamos los diagnósticos emitidos de cada paciente atendido. Recientemente atendí a una paciente que, teniendo historial clínico de nueve años con psoriasis en la piel cabelluda, regresaba ahora por recurrencia de la misma. Además, nuevas placas enrojecidas y descamativas hacían su debut en los codos y el dorso de las manos.

También se quejaba de dolores articulares difusos (codo, carpo), con predominio en la extremidad superior diestra. Algunas uñas aparecieron engrosadas, amarillentas y “picoteadas”.

Establecí el diagnóstico de artritis psoriásica como una faceta más de la historia natural de su padecimiento basal. Su hija acompañante (enfermera) me insistió que, como parte de su evaluación integral, considerase solicitar la determinación sérica de anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico, porque ella sospechaba (¿internet, otro médico, informes de boca a boca en hospital, etc.?). Pensaba que ahí se dilucidaría buena parte de las molestias que aquejaban a su familiar, probablemente por artritis reumatoide. Debatí con ella el sustento clínico de mi diagnóstico y no vi mayores indicadores para pensar en lo que ella proponía.

A “vuelo de pájaro” hice un cálculo del costo de tal estudio y, conociendo sus limitantes financieras, les animé a que mejor invirtiesen en la compra de su medicamento (metotrexato), que resultaría en un costo equivalente a la tercera parte del que tiene

**Este artículo debe citarse como**

Poletti ED. Síndrome de Ulises dermatológico. Dermatol Rev Mex 2014;58:407-409.

el estudio. Por su lenguaje gestual, pude descifrar que mi osada propuesta no tuvo aprobación alguna en ambas y, sin otros argumentos, nos despedimos.

No sé si volveré a verles y, con el “sinsabor de boca” que esto deja, hube de asignar el diagnóstico a ese expediente clínico como *síndrome de Ulises dermatológico*.

En analogía, la acepción que describe el síndrome del emigrante con estrés crónico y múltiple se le conoce como síndrome de Ulises. Es la pléyade de manifestaciones clínicas que viven los migrantes al intentar residir en un nuevo entorno.

Hace referencia a Ulises u Odiseo, héroe mitológico que pasó durante 20 años incontables desavenencias antes de regresar a su tierra natal, Ítaca. Diversos factores vinculantes como miedo, soledad y lucha por la supervivencia se van entretejiendo y favorecen su establecimiento. Como toda situación de estrés, puede exaltar padecimientos previos que ya se encontraban latentes (depresión, neurosis de ansiedad, tanatofobia, por citar algunos).

El acto médico viene plagado de incertidumbres algofóbicas hoy como nunca, contra las que debemos construir nuevas “torres de tolerancia” ante probables síndromes de Ulises dermatológicos. Nuestra actividad profesional vive ahora, entre otras cosas, la “evidencia del rumor” a resultas de la perniciosa estrategia de mercado que en forma masiva se va aceptando como verdad. Es como poner en escenografía a los mismos actores pero con distinto argumento.

Evidente a todas luces la presión social, que surge de la complicidad de los crédulos abatidos por la hecatombe de la información desmedida y no depurada, la “tecnolatria” (tecnoidolatría), la judicialización, la escasa formación clínica

o la inadecuada crítica a los estudios paraclínicos (medicina a la defensiva) que no sean prioritarios.

El colmo es que, como en “piso de mármol jabonoso” los médicos lo alentemos (cumpliendo el adagio de “el que no cae, resbala”) y, a su vez, supliendo conclusiones de validez significativa por otras innecesarias que no mejoren ni calidad ni esperanza de vida.

Cierto es que la adaptación a un nuevo entorno nunca es una tarea fácil y que el lenguaje esotérico de esta conducta adictiva a la novedad podría abrumarnos, pero consideremos que muchas de las innovaciones en medicina deben ser sometidas al Dr. Tiempo (aproximadamente quince años antes de aplicarse en forma generalizada).

Asimismo, es importante considerar que la utilización desmesurada de recursos realmente es estimulada por la promoción industrial, la pseudoinformación de los medios de comunicación masiva en determinados círculos sociales (basural informático) y, a veces, como pronta salida alternativa cuando el médico concientiza que el tiempo dedicado a algún caso en particular ha sido exiguo. Es posible que el amable lector comparta conmigo la idea de que, aún sin conocer la prevalencia real del síndrome de Ulises dermatológico, sí debemos estar dispuestos a redefinir nuestro papel social como buenos conciliadores entre lo científico y lo humanístico. Cierto es que nos seduce la “evidencia demostrativa” y nos hace caer en la inopia de saber si es trascendente y, al mismo tiempo, resulte sensata la aplicación de ese conocimiento. Puede caer esto en un verdadero despilfarro médico, con gasto innecesario para cumplir objetivos sensatos.

Ante la creciente dupla de la perversa mescolanza que constituye la escasez de recursos y el desenfreo tecnológico, cumplamos con nuestro

cometido deontológico como buenos facilitadores de aprendizaje ante los enfermos. Y no es el caso discutir si los diagnósticos sean más precisos con métodos auxiliares (que ya puedan ser primordiales) sino saber si realmente se ganan más años de vida, si son necesarios para tomar decisiones o si los logros justifican los costos.

Nuestra empatía intelectual puede lograr que, caminando a diario esa ruta de dilemas clínicos, alcancemos lo necesario rebasando lo superfluo, evitándonos enfrentar interminables e insufribles recorridos cual Ulises despatriados.